Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 3 4 5 / 2 0 2 5

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 10 de septiembre de 2025.

Dictamen solicitado por la Excma. Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 307/2025 IDS)*[*].

F U N D A M E N T O S

I

1. El presente dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud [SCS, en adelante], como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial que se dice derivada del funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Ha de advertirse que, si bien el reclamante no cuantifica la indemnización solicitada ni en la reclamación inicial que presenta, ni a lo largo de la tramitación del procedimiento administrativo, señalando que la cuantía indemnizatoria « (...) *en todo caso, superará el importe mínimo que determina el carácter preceptivo del Dictamen del Consejo Consultivo de Canarias*», la Administración sanitaria ha solicitado el presente dictamen; por ello se puede presumir que el importe de la indemnización que pudiera corresponderle, en su caso, igualaría o superaría los 60.000 € [art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias -en adelante, LCCC-], y habría de cuantificarse si se dictara una resolución estimatoria de la reclamación.

Así, ello determina el carácter preceptivo del dictamen, la competencia del Consejo para emitirlo y la legitimación de la Consejera para solicitarlo, según lo

[*] **Ponente: Sr. Pérez Hernández.**

establecido en los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC y en el art. 81.2 -de carácter básico-, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas [en adelante, LPACAP].

3. Para el análisis de la Propuesta de Resolución son de aplicación la citada LPACAP y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público -en lo sucesivo, LRJSP-; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del SCS, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1,n) de la citada Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

Pero, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 [BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015] de la Dirección del Servicio, se delega en su Secretaría General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria prestada por el SCS. Por ello, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la citada Secretaría General, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

5. Se cumplen los requisitos de legitimación activa y pasiva.

5.1. En lo que se refiere a la legitimación activa, cabe indicar que el reclamante ostenta la condición de interesado al haber sufrido un daño personal por el que reclama [art. 4.1, letra a) LPACAP, en relación con el art. 32 LRJSP].

5.2. Por su parte, la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, concretamente al SCS, organismo autónomo de dicha Administración, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

6. Asimismo, se cumple el requisito de no extemporaneidad de la acción [art. 67.1, párrafo primero LPACAP], tal como se acepta por la Administración en su Propuesta de Resolución -Fundamento de Derecho primero-.

7. Se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver [arts. 21.2 y 91.3 LPACAP). Sin embargo, aun expirado éste y sin perjuicio de los efectos administrativos y, en su

caso, económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa aún el deber de resolver expresamente *ex* art. 21.1 y 6 LPACAP.

II

1. El reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños causados, presuntamente, por el funcionamiento del SCS, con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue dispensada por el sistema público de sanidad.

A este respecto, el interesado fundamenta su pretensión resarcitoria en los siguientes presupuestos fácticos:

«PRIMERO. ASISTENCIA SANITARIA DISPENSADA.

En fecha 22.06.2023 el dicente sufrió una caída golpeándose en la zona lumbar que le produjo dolor intenso invalidante.

A resultas, el dicente acudió al servicio de urgencias siendo diagnosticado de lumbalgia y remitido a su domicilio, comparecencia que reitera en múltiples ocasiones con posterioridad.

Ante la persistencia del dolor y la falta de asistencia médica, el actor se realiza RMN por la red sanitaria privada en noviembre de 2023 con el siguiente resultado:

"Fractura aplastamiento de L3 con ocupación del canal medular por muro posterior con probable infiltración de ambos pedículos".

En fecha 21/11/2023 el actor acude a la UD Raquis y se objetiva:

"debilidad de MID CON HIPOESTESIA IPSILATERAL + RAO se deriva al S de U por síndrome de compresión medular"

En fecha 22/11/2023 se realiza intervención quirúrgica de urgencia por el servicio de NRC consistente en:

"fijación posterior de L2-L4 + laminectomía de L3"

El actor a fecha actual continua en IT y en proceso de recuperación clínica y funcional.

En cuanto a la cronología exacta de los hechos se procederá a detallar una vez se facilite al dicente la historia clínica integra.

SEGUNDO. DISCONFORMIDAD CON LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA.

El dicente considera que la asistencia prestada por parte del Servicio Canario de la Salud fue deficiente, sin que se adoptaran las medidas precisas para el diagnóstico y tratamiento

de la fractura lumbar con carácter inmediato a su producción, siendo erróneo el diagnostico conservador en inicio.

A resultas, se incurrió en un retraso terapéutico que ha supuesto la agravación de su patología con resultado de secuelas funcionales y dolorosas severas e invalidantes, sin perjuicio del daño moral por el peregrinaje médico y sufrimiento ocasionado.

(...)

En base a lo expuesto,

SOLICITO: Que previo los actos de instrucción y trámites que sean necesarios, se dicte finalmente resolución a medio de la cual se estime la Reclamación de Responsabilidad Patrimonial interpuesta, indemnizando al so licitante por los daños causados como consecuencia de los hechos precedentemente descritos, en la cuantía que se concrete en el trámite administrativo oportuno».

2. Como se dijo, el interesado no cuantifica en su reclamación inicial el importe de la concreta indemnización pretendida, anunciando en aquella que lo hará *una vez se practique la prueba. correspondiente*, pero tampoco en el curso del expediente se ha hecho tal cuantificación, como también se dijo.

III

En cuanto a la tramitación del expediente administrativo, constan practicadas las siguientes actuaciones:

1. El procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial se inicia mediante la presentación – con registro de entrada en el SCS el 9 de diciembre de 2024- de escrito de reclamación formulado por (...) en el que se interesa el resarcimiento de los daños y perjuicios irrogados al perjudicado como consecuencia, presuntamente, del defectuoso funcionamiento del servicio público sanitario.

2. Con fecha 17 de diciembre de 2024 el órgano instructor formula requerimiento al interesado para que mejore la reclamación interpuesta, trámite que es debidamente cumplimentado por el reclamante el 17 de enero de 2025.

3. El 7 de febrero de 2025 se admite a trámite la reclamación formulada por el Sr. (...), acordándose la incoación del expediente conforme al procedimiento legalmente establecido y decretándose -por el órgano instructor- realizar cuantas actuaciones fueran necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debiera pronunciarse la resolución que pusiera fin al expediente -entre ellos, la petición de informe al Servicio cuyo funcionamiento haya podido ocasionar la presunta lesión indemnizable-.

La Resolución administrativa de admisión a trámite de la reclamación interpuesta consta notificada en debida forma al interesado.

4. El 28 de marzo de 2025 se evacua informe del Servicio de Inspección y Prestaciones del SCS -en adelante, SIP-, en relación con la asistencia sanitaria prestada al paciente.

Asimismo, consta en el expediente la evacuación de informe del Jefe de Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil -en adelante, CHUIMI-, de 24 de febrero de 2025, así como la copia de la Historia de Salud correspondiente al ámbito de Atención Primaria y la Historia Clínica obrante en el CHUIMI.

5. Con fecha 7 de abril de 2025 se procede, simultáneamente, a la apertura del periodo probatorio y del trámite de audiencia, otorgando al reclamante un plazo de diez días a fin de que pudiese formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimase convenientes.

Ambos trámites constan debidamente notificados al interesado.

6. Con fecha 26 de mayo de 2025 el interesado formula escrito de alegaciones en el que, tras manifestar cuanto tiene por conveniente, solicita la estimación de su reclamación.

7. No se evacua el informe preceptivo de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias [según se justifica en la Propuesta de Resolución, no así en el propio expediente administrativo], al tratarse de una reclamación por responsabilidad patrimonial en la que se suscitan cuestiones de Derecho previamente resueltas en anteriores reclamaciones ya informadas por el Servicio Jurídico, *ex* art. 20, letra j) del Decreto Territorial 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias.

8. Con fecha 27 de junio de 2025 se evacua Propuesta de Resolución en la que se propone *«desestimar la reclamación formulada por (...) al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

9. Mediante oficio de 3 de julio de 2025 [con registro de entrada en este Organismo consultivo el 7 de ese mismo mes y año], se solicita la evacuación del dictamen del Consejo Consultivo de Canarias [art. 81.2 LPACAP en relación con los arts. 11.1.D.e) y 12.3 LCCC].

IV

1. La lectura del expediente muestra que el reclamante fue atendido en veintiuna ocasiones -21, salvo error u omisión- por los servicios de Atención Primaria del SCS, en los Centros de Salud de San José, Las Remudas y El C., entre el día 5 de mayo y el día 21 de noviembre de 2023, es decir, durante más de seis meses. En todas ellas el reclamante manifestó padecer un dolor intenso en la espalda, que le llevaba a requerir una y otra vez asistencia y alivio, de lo que quedan registros en la Historia Clínica de Atención Primaria. (El 10 de agosto, se reseña « (...) *dolor lumbar invalidante (...) de más de tres meses de evolución (...) empeorando calidad de vida deambulando con muletas, no puede conducir* (...) », folio 686; y el 26 de octubre: «*Cada vez más dificultad a la deambulación*», folio 689; « (...) *dolor* (...) *persiste pese a seis meses de tratamiento*», mismo f. 689).

Además de reconocerlo y diagnosticarlo y de prescribirle pruebas diagnósticas y tratamientos farmacológicos y de otro tipo, los mencionados servicios de Atención Primaria lo remitieron o derivaron en varias ocasiones -y también en la última de ellas, el día 21 de noviembre, al Hospital Insular- procurándole el transporte sanitario adecuado.

Y en el citado Hospital, por derivación de Atención Primaria o por iniciativa propia, fue también atendido el reclamante casi en nueve ocasiones -9, salvo error u omisión- entre los días 19 de junio y 22 de noviembre, fecha esta última en que se prescribió su ingreso para su urgente intervención quirúrgica, que efectivamente se llevó a cabo.

El Servicio de Urgencias del Hospital recibió también las manifestaciones de dolor intenso del reclamante, a veces muy expresivas (folio 75: « (...) *no me voy de aquí sin que me ingresen o me hagan algo* (...) ») que en ocasiones hace constar de modo también explícito (folio 77; « (...) *mucho dolor a la mínima palpación y movilización* (...) », folio 79: « (...) *deambula con espalda flexionada* (...) »), y dicho Servicio de Urgencias atendió al reclamante según el propio criterio y entendimiento del personal de Urgencias pero también -lo que es relevante, como se dirá- atendiendo a las indicaciones del servicio de Neurocirugía, que formuló su diagnóstico varias veces repetido (según el cual el paciente no requería cirugía ni ingreso urgente) y lo mantuvo pese a lo que, al menos en apariencia, parece una contradicción o reserva de los médicos de urgencias, como se ve en el folio 75 (31 de octubre), en que se dice:

«Paciente conocido por NRC (valorado HOY MISMO por ellos).

Exploración no congruente con lo descrito por NRC y los hallazgos radiológicos. El paciente se queja de mucho dolor y dice que no se puede ni mover.

(...)

IC con NRC. Comentado con NRC, adelantaran la cita y la RMN».

En resumen, la asistencia sanitaria al reclamante se efectuó por los servicios de Atención Primaria, de Urgencias y de Neurocirugía del Hospital Insular.

2. De lo anterior resulta, por tanto, que para cumplir el mandato del art. 81.1 LPACAP, que con carácter preceptivo obliga en estos expedientes a obtener informe del servicio que haya (supuestamente) causado el daño por el que se reclama, es obligado recabar el informe de los tres servicios referidos. No ha ocurrido así en el expediente, en el que solamente figura el informe del Servicio de Urgencias.

La necesidad de que consten informes de todos los servicios que hayan tenido una intervención no meramente accesoria o puramente circunstancial ha sido criterio sostenido por este Consejo, del que puede tomarse como muestra el reciente Dictamen 327/2025, de 23 de julio, que estimó insuficiente el informe del Servicio de Urgencia cuando constaba que se habían producido otras actuaciones relevantes.

En el caso del presente expediente, resulta claro que la frecuencia y duración de las actuaciones de los Centros de Salud dependientes de la Gerencia de Atención Primaria y el contenido de sus prescripciones e indicaciones hacen obligado recabar su informe con arreglo al citado art. 81 LPACAP.

Y del mismo modo, la continua apelación hecha por el Servicio de Urgencias del CHUIMI al servicio hospitalario de Neurocirugía, y la relevancia e influencia decisiva que sus sostenidas indicaciones y sus criterios tuvieron para la formulación de las indicaciones y criterios de los del Servicio de Urgencias obligan a pedir que conste también informe del Servicio de Neurocirugía ajustado al repetido art. 81 LPACAP. De las comunicaciones e informes del Servicio de Urgencias se deduce, además -y queremos resaltarlo a efectos de nuestro razonamiento- que parece haberse producido una valoración directa del paciente, en algún momento, por el Servicio de Neurocirugía. Así, (folio 70) figura en el expediente informe del Servicio de Urgencias en el que se describe al paciente: « (...) *dolor lumbar que irradia a MID de meses de evolución, que irradia a MID, ya valorado por Neurocirugía* (...) » en la asistencia del día 11 de noviembre, expresión también utilizada antes (1 de noviembre, folio 73) y después 16 de noviembre (folio 68). Finalmente, pocos días después (22 de

noviembre, folio 66), es el Servicio de Neurocirugía el que se hace cargo del paciente y se prescribe Intervención Quirúrgica Urgente, que efectivamente se produce de inmediato. (No hay, sin embargo, ningún informe ni nota de actuación de dicho Servicio, salvo el que refiere e informa de la intervención quirúrgica. folio 62 de la HC del CHUIMI).

Ambos servicios, pues, junto con el de Urgencias, están en el caso previsto por el mandato legal, que se refiere a los servicios *cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable,* condición o circunstancia que, a la vista del expediente, no puede atribuirse o reconocerse a uno solo de ellos sino a los tres.

Por ello, entiende el Consejo que sin dichos informes no está completo el expediente, y que procede su retroacción para obtenerlos y, en su vista, completar también, con lo que resulte de su contenido, el informe del SIP. Este, como ha dicho muchas veces el Consejo, puede ofrecer «*una perspectiva integradora y omnicomprensiva de la asistencia prestada, más allá de la atención concreta llevada a cabo por parte de los distintos servicios implicados en cada caso, cuya incorporación al expediente -la de estos informes-, sí resulta obligada a tenor de lo dispuesto por el art. 81.1 LPACAP. De esta manera se franquea* -ha dicho el Consejo- *la visión inevitablemente parcial que pudiera resultar si son varios los servicios intervinientes en un mismo asunto. / Además, el informe del SIP permite también suplir las eventuales deficiencias de que pudiera adolecer en su caso alguno de dichos informes, proporcionado una fundamentación adecuada y consistente en apoyo de la propuesta que el órgano instructor venga a formular en los procedimientos de responsabilidad extracontractual cuya tramitación le incumbe».* (Así en nuestro DCC 761/2024, de 27 de diciembre, entre otros muchos).

Hemos de añadir, para mayor claridad, que no es preciso solicitar informe al Servicio de Hematología, que ha atendido al reclamante tras la intervención quirúrgica que permitió detectar y diagnosticar una patología oncológica (mieloma), dado que su atención sanitaria no es objeto de la reclamación, pues esta se concreta en la atención recibida desde la visita del 5 de mayo de 2023 hasta la intervención quirúrgica de noviembre siguiente. Lo mismo cabe decir del Servicio de Cuidados Paliativos o del de Anatomía Patológica.

3. También procede la retroacción, a juicio de este órgano consultivo, para esclarecer algunas cuestiones que se suscitan tras el examen de las actuaciones y el estudio del informe del Servicio de Inspección, sobre las cuales entendemos necesario obtener informe complementario del propio SIP, con objeto de que se diluciden o esclarezcan.

No es insólito que el Consejo haya entendido que pese a la existencia de un informe del SIP, incluso cuando este se ha podido calificar de útil, es posible solicitar su complemento o aclaración, en los concretos términos que su propia lectura pueda originar o motivar, o que resulten del expediente. Así, p. ej., lo decidió el Consejo en el reciente DCC 306/2025, de 15 de julio, aunque por cierto con cita de doctrina consultiva más antigua pero conocida y consolidada:

Así, por ejemplo, en nuestro DCC 163/2025, de 24 de abril: *«Respecto a la singular trascendencia del informe del SIP en el marco de los procedimientos administrativos tramitados en concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, procede remitirnos a lo manifestado por este Consejo Consultivo de Canarias en su Dictamen 63/2024, de 1 de febrero, cuyo contenido se da por reproducido, y los que en él y otros que se citan por nosotros corrientemente (P. ej., DDCC 41/2024, 53/2024, 63/2024, 105/2024, 163/2024, 189/2024, 226/2024, 358/2024 y 642/2024), en la mayor parte de los cuales se encomia explícitamente la consistencia de sus contenidos y la seguridad que proporcionan a quien ha de pronunciarse o dictaminar sobre su objeto. Ello, sin embargo, no ha impedido que el propio Consejo reclame, para entender completa y ajustada a las exigencias legales la instrucción del expediente, informes complementarios o adicionales al propio SIP cuando de los que haya emitido no sea posible obtener base suficiente para considerar que la resolución que se dicte cumple las exigencias legales exhaustividad, motivación y de congruencia con los pedimentos que fundaron la iniciación del expediente. (Vid. el reciente DCC 151/2015, de 10 de abril)».*

En concreto, para la formación de criterio y emisión de dictamen, requiere el Consejo que por el SIP se ilustre al Consejo sobre lo siguiente:

El informe deja constancia de que el paciente no acudió a que se le practicara una radiografía, prescrita en la consulta de 22 de junio de 2023 (folio 680) y programada para el 8 de agosto siguiente, Además, contiene una suerte de reproche al paciente por no acudir a la cita referida, y también la siguiente afirmación: «*Si se hubiese realizado la radiografía en la fecha citada se hubiese cumplido el tiempo recomendado para realizar una prueba de imagen según la bibliografía revisada*». Por ello, debería el Consejo ser informado de lo siguiente:

Qué concretas consecuencias desfavorables pudieron haberse producido por la falta de la radiografía.

Si en las consultas posteriores al 8 de agosto (varias desde el día 10 de agosto) hubiera podido prescribirse de nuevo y a continuación hacerse la radiografía.

Si la obtención posterior, que parece deducirse de las notas de las consultas de 30 de octubre y 31 de octubre, pudo permitir subsanar la falta de la radiografía.

Qué constancia existe de que el paciente fue avisado de la cita para su radiografía, como se dice por el SIP.

Quiere saberse qué resultado asistencial produjo el propósito, manifestado por el Servicio de Neurocirugía al de Urgencias en la actuación del día 31 de octubre (folio 75) de *adelantar* la cita y la RMN que estaban previstas para el paciente.

Conocido que el abordaje terapéutico del proceso oncológico hubiera sido el mismo (informe SIP, folio 34), debe saberse si los procesos y manifestaciones de dolor referidos por el paciente desde mayo hasta noviembre pudieron haber sido consecuencia o efecto del mieloma luego detectado, y qué incidencia hubiera podido tener sobre ellos, sobre su intensidad, su alivio o su disminución, la práctica de la intervención en una fecha anterior.

Qué concretas posibilidades diagnósticas se pudieron perjudicar por la ignorancia o confusión que refiere el informe acerca de un antecedente traumático o qué ventajas diagnósticas o de tratamiento hubiera producido un conocimiento preciso y adecuado de dicho antecedente.

El Consejo entiende que es preciso llevar a cabo todo ello, en virtud de las exigencias legales que se han ido expresando sobre la obligación de completar el expediente, con arreglo además a lo previsto en el art. 52 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo de Canarias, aprobado por Decreto 181/2005, de 26 de julio (BOC de 25 de julio).

Tras lo cual procederá una nueva audiencia al reclamante, la formulación de una nueva propuesta de resolución y su remisión a este Consejo para dictaminar sobre ella.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial extracontractual planteada frente a la Administración Pública sanitaria no se entiende conforme a Derecho, por los razonamientos expuestos en el Fundamento IV de este Dictamen, por los cuales el expediente debe retrotraerse para obtener los informes de Atención Primaria y del Servicio de Neurocirugía del CHUIMI, así como informe complementario del SIP en los términos expresados en dicho Fundamento IV.